

## Allegato 5

Data compilazione \_\_\_\_\_

### PIANO TERAPEUTICO-RIABILITATIVO INDIVIDUALE (PTRI)

Data/e incontro/i precedente la stesura del PTRI:

DATA INGRESSO IN REMS	
COGNOME NOME	
LUOGO E DATA NASCITA	
RESIDENZA (Comune, Provincia, Via, ecc)	
RECAPITI DI FAMIGLIARI (di riferimento)	

#### SERVIZI DI RIFERIMENTO

ASST	
ATS	
DSMD di	
Responsabile DSMD	
Telefono	
Fax	
Mail	
CPS di	
Psichiatra responsabile del servizio	
Telefono	
Fax	
Mail	

EQUIPE DSMD (CPS-UOP)	COGNOME NOME	RECAPITI (Telefono, Fax, mail)
Psichiatra		
Assistente Sociale		
Educatore Prof./T. Riab. Psych.		
Infermiere		
Psicologo		

EQUIPE REMS	COGNOME NOME	RECAPITI (Telefono, Fax, mail)
Psichiatra		
Assistente Sociale		
Educatore Prof./T. Riab. Psych.		
Infermiere		
Psicologo		

## Allegato 5

### ALTRI SERVIZI

SERT di	
Medico referente	
Altro Operatore	
Telefono	
Fax	
Mail	

### DIAGNOSI

Diagnosi Principale (ICD10)	
Seconda diagnosi (ICD10)	
Altre diagnosi (ICD10)	

### INDICATORI ANAMNESTICI

Precedenti trattamenti psichiatrici	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Vittimizzazione in età evolutiva (traumi /abusi)	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Precedenti Violenze	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Esordio precoce atti violenti (in età evolutiva)	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Instabilità relazioni affettive	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Competenza a organizzare il tempo libero in modo costruttivo e piacevole	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Frequentazione di pregiudicati	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Abuso di sostanze	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Problemi scolastici /lavorativi	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Ideazione antisociale	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Pregressi fallimenti progetti terapeutici adeguati alle possibilità della persona	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Pregressi internamenti	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Precedenti problemi di giustizia	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>

## Allegato 5

### INDICATORI INTERNI ATTUALI DATA / /

Persistenza sintomatologia psicotica (per es. deliri, allucinazioni) nonostante terapia adeguata - specificare	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Persistenza disturbi del comportamento (esplosività, impulsività) nonostante terapia adeguata - specificare	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
“Craving” e/o Comportamenti di “addiction” sostitutivi di pregresso abuso di sostanze e/o alcool e/o “gambling”	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Assenza/compromissione della consapevolezza di malattia	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Scarsa aderenza alle terapie	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Scarso controllo della rabbia e impulsività	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Presenza di deficit cognitivi acquisiti o pregressi	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>

### INDICATORI ESTERNI ATTUALI DATA / /

Rete familiare accogliente, oltre che adeguata rispetto alla collaborazione per il progetto di dimissione	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Rete familiare deficitaria	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Rete familiare assente	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Situazione reddituale scarsa /assente	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
1. Condizione di straniero extra UE	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
2. Decreto espulsione dal territorio italiano formalizzato	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Presenza di presa in carico dei servizi territoriali	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
1. Tutela (Amministratore Sostegno)	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
2. Necessaria	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Possibilità di inserimento nel contesto sociale anche con percorsi di tipo residenziale	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
1. Possibilità di accoglienza nell’ambiente in cui viveva prima del reato	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
2. Allarme sociale	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Procedimenti penali e/o civili in corso i quali potrebbero interagire con il percorso di dimissione (breve descrizione)	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>

#### FASE Accoglienza e Valutazione (breve descrizione)

--

Firma Psichiatra di riferimento REMS

Firma Psichiatra di riferimento CPS/UOP  
e del medico Servizio Dipendenze (se coinvolto)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Allegato 5

### RIVALUTAZIONE INDICATORI E STESURA DEL PROGETTO (elaborato in condivisione con il paziente)

#### INDICATORI INTERNI ATTUALI DATA / /

Persistenza sintomatologia psicotica (per es. deliri, allucinazioni) nonostante terapia adeguata - specificare	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Persistenza disturbi del comportamento (esplosività, impulsività) nonostante terapia adeguata - specificare	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
“Craving” e/o Comportamenti di “addiction” sostitutivi di pregresso abuso di sostanze e/o alcool e/o “gambling”	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Assenza/compromissione della consapevolezza di malattia	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Scarsa aderenza alle terapie	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Scarso controllo della rabbia e impulsività	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Presenza di deficit cognitivi acquisiti o pregressi	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>

#### INDICATORI ESTERNI ATTUALI DATA / /

Rete familiare accogliente, oltre che adeguata rispetto alla collaborazione per il progetto di dimissione	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Rete familiare deficitaria	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Rete familiare assente	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Situazione reddituale scarsa /assente	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
3. Condizione di straniero extra UE	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
4. Decreto espulsione dal territorio italiano formalizzato	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Presenza di presa in carico dei servizi territoriali	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
3. Tutela (Amministratore Sostegno)	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
4. Necessaria	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Possibilità di inserimento nel contesto sociale anche con percorsi di tipo residenziale	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
3. Possibilità di accoglienza nell'ambiente in cui viveva prima del reato	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
4. Allarme sociale	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Procedimenti penali e/o civili in corso i quali potrebbero interagire con il percorso di dimissione (breve descrizione)	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>

## Allegato 5

### Sviluppo del progetto in REMS

FASE Trattamentale

**OBIETTIVI CLINICO / RIABILITATIVI e SOCIALI DEL PERCORSO DI PERMANENZA IN REMS (finalizzati alla riduzione / controllo degli indicatori interni e degli indicatori esterni che rendono il paziente NON DIMISSIBILE)**

OBIETTIVO	DESCRIZIONE INTERVENTO

Firma Psichiatra di riferimento REMS

Firma Psichiatra di riferimento CPS/UOP  
e del medico Servizio Dipendenze (se coinvolto)

#### Valutazione Esito della fase trattamentale:

*Persistono i seguenti fattori interni di pericolosità alla data    /    /*

Carenza di insight	Grado Assente <input type="checkbox"/> Basso <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/>
Carenza di compliance al trattamento	Grado Assente <input type="checkbox"/> Basso <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/>
Instabilità impulsività	Grado Assente <input type="checkbox"/> Basso <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/>
"Craving" e/o Comportamenti di "addiction"	Grado Assente <input type="checkbox"/> Basso <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/>
Sintomi attivi di patologia psichiatrica maggiore	Grado Assente <input type="checkbox"/> Basso <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/>
Ideazione violenta/etero aggressività	Grado Assente <input type="checkbox"/> Basso <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/>

Firma Psichiatra di riferimento REMS

Firma Psichiatra di riferimento CPS/UOP  
e del medico Servizio Dipendenze (se coinvolto)

## Allegato 5

### Valutazione Esito della fase trattamentale:

Persistono i seguenti fattori interni di pericolosità alla data    /    /

Carenza di insight	Grado Assente <input type="checkbox"/> Basso <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/>
Carenza di compliance al trattamento	Grado Assente <input type="checkbox"/> Basso <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/>
Instabilità impulsività	Grado Assente <input type="checkbox"/> Basso <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/>
“Craving” e/o Comportamenti di “addiction”	Grado Assente <input type="checkbox"/> Basso <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/>
Sintomi attivi di patologia psichiatrica maggiore	Grado Assente <input type="checkbox"/> Basso <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/>
Ideazione violenta/etero aggressività	Grado Assente <input type="checkbox"/> Basso <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/>

### Il paziente ha raggiunto la condizione di “Dimissibilità” dalla REMS

Valutazione condizioni cliniche e comportamentali (breve descrizione)

Valutazione delle condizioni socio ambientali (breve descrizione)

#### FASE della dimissione

Paziente dimissibile ma presenza di fattori che complicano il percorso di dimissione

- Funzionamento psicosociale gravemente deficitario
- Assenza di rete familiare
- Assenza di rete sociale
- Allarme sociale

### PROGRAMMA SPECIFICO DI DIMISSIONE DALLE REMS

#### Tipo di percorso

- territoriale
- semiresidenziale
- Residenziale

Richiesta di riesame anticipato  sì  no

### OBIETTIVI e TAPPE DEL PERCORSO DI DIMISSIONE

## Allegato 5

OBIETTIVO	DESCRIZIONE

Specificare la struttura di inserimento (nome, tipologia, indirizzo) e la tempistica del progetto di accoglienza e di permanenza in struttura

### STRUTTURA (nome, indirizzo)

--

### Tipologia

- CPA
- CPM
- CRM
- CRA
- RES. LEG.
- Doppia diagnosi
- RSD
- \_\_\_\_\_

Altro: specificare

--

### Compartecipazione alla spesa di servizi diversi

- Servizi Dipendenze
- Comuni
- \_\_\_\_\_

Altro: specificare

--

Firma Psichiatra di riferimento REMS

\_\_\_\_\_

Firma Psichiatra di riferimento CPS/UOP  
e del medico Servizio Dipendenze (se coinvolto)

\_\_\_\_\_